FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900 — **THÈSE** — N° 630

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 19 Juillet 1900, à 1 heure

PAR

Pierre AUDY

Né à Ingré (Loiret) le 29 Juin 1874

Ancien externe des hôpitaux

ÉTUDE CRITIQUE

SUR UN SIGNE PRÉCOCE

D'ADÉNOPATHIE BRONCHIQUE

(Signe d'Eustace Smith)

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges : MM. GRANCHER, professeur.
WIDAL et VAQUEZ, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

ACAD. LUGD BAT. BIBL.

PARIS
JOUVE & BOYER
Imprimeurs de la Faculté de Médecine
15, RUE RACINE, 15

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSSEURS	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER
Hstoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL, DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BRISSAUD
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
Clinique médicale	POTAIN, JACCOUD, HAYEM, DIEULAFOY
Maladies de enfants	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	BERGER, DUPLAY, LEDENTU, TILLAUX
Clinique ophtalmologique	PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON
Clinique d'accouchement	BUDIN, PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRE	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNETRIER	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

A MON BEAU-FRÈRE

LE DOCTEUR CHARLES BOURGEOIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Membre de l'Académie de médecine
Médecin de l'Hospice des Enfants-Assistés
Chevalier de la Légion d'honneur

Avant-Propos

M. le Professeur Hutinel ajoute un titre de plus à notre reconnaissance en acceptant la présidence de notre thèse. Pendant cette année nous avons eu l'honneur d'être son élève dans son service des Enfants-Assistés, et nous avons reçu le bienfait de son enseignement. Qu'il veuille bien agréer avec nos respectueux hommages, l'expression sincère de notre profonde gratitude.

De M. le Docteur H. Martin, médecin de l'Hôpital Tenon, nous garderons, avec les leçons, le souvenir d'un maître particulièrement bon et accueillant. Nous lui serons toujours reconnaissant de la bienveillante attention qu'il nous a témoignée.

Pendant plusieurs mois nous avons pu nous exercer à la pratique des accouchements dans le service de M. le Professeur agrégé Bonnaire. Nous ne saurions assez le remercier de ses utiles leçons.

Enfin, à tous nos maîtres dans les hôpitaux, MM. Merklen, Reclus, Polaillon, Lucas-Champion-

nière et Bar, nous voulons exprimer ici toute notre reconnaissance.

Tous nos remerciements aussi à M. le Docteur Brudzinski (de Varsovie). Il a bien voulu mettre à notre disposition de précieux documents et nous a fourni des renseignements bibliographiques utiles à la rédaction de notre thèse.

Que notre beau-frère, le Docteur Ch. Bourgeois, dont l'expérience et les conseils nous ont toujours été si profitables durant nos études médicales reçoive ici l'affectueux témoignage de notre reconnaissance.

Introduction

Nous avons consigné dans ces pages les résultats d'une étude entreprise sur le conseil de notre éminent et très honoré Maître, M. le Professeur Hutinel, en vue de rechercher la valeur d'un signe qui se rapporte plus spécialement à l'adénopathie bronchique et que son premier observateur, *Eustace Smith* qualifie le *signe du début* de cette maladie.

Certes, l'adénopathie, quelle que soit sa nature et son origine, est une affection bien commune dans l'enfance, et il serait d'un grand intérêt dans tous les cas, d'en faire un diagnostic précoce, pour arrêter ses progrès et prévenir ses complications.

Elle n'est trop souvent décelée qu'à une période avancée, alors que les ganglions sont déjà volumineux et que le médecin est porté à émettre un pronostic grave. C'est qu'en effet, les signes classiques donnés par les auteurs ne se montrent pas d'emblée ; et dès qu'ils se présentent avec des caractères suffisamment tranchés, ils sont presque toujours l'indice d'une affection confirmée.

La submatité dans les zônes ganglionnaires, l'affaiblissement du murmure vésiculaire dans tout un poumon ou dans un de ses lobes, symptômes considérés comme les plus précoces, n'apparaissent que vaguement au début, et sont alors d'une interprétation difficile ; tandis que, nettement perçus dans la suite, ils indiquent une altération ganglionnaire déjà grave

Si l'on peut accorder quelque valeur aux données de la percussion dans le diagnostic de l'adénopathie, il convient d'être plus réservé sur celles de l'auscultation ; c'est du moins l'opinion de Rilliet et Barthez qui apprécient en ces termes ce procédé d'exploration clinique : « de tous les signes de la phtisie ganglionnaire, c'est sans contredit le plus infidèle (1) ».

Les symptômes fonctionnels, tels que la dyspnée paroxystique et la toux coqueluchoïde sont généralement plus tardifs dans leur apparition, et sont en rapport avec le siège et l'étendue des lésions.

A l'appui de ces considérations vient une statistique de Kossel (2). Nous y trouvons des observations nombreuses où l'affection qui nous occupe, ne s'étant révélée par aucun signe et restée inconnue durant la vie n'a été découverte qu'à l'autopsie. Sur 60 autop-

(1) Rilliet et Barthez. Traité des maladies des enfants. Tuberculose des ganglions bronchiques, Tome III.

(2) Kossel. Ueber die Tuberculose in Fruhem Kindesalter (Zeits f. Hyg. u. Infections. Krankh, 1895).

sies d'enfants ayant succombé à des maladies non tuberculeuses, l'auteur trouva dix fois des foyers tuberculeux dans les ganglions bronchiques.

Cette statistique mérite notre intérêt, non seulement en raison du nombre de cas d'adénopathie passée inaperçue à l'exploration clinique, mais aussi parce que les cas relevés étaient tous de nature tuberculeuse. Toutefois, les observations de Jules Simon, nous ont appris qu'à côté de l adénopathie tuberculeuse franche, on rencontre des adénopathies chroniques simples qu'il convient d'ailleurs de reconnaître et de traiter au même titre que les précédentes dont elles sont souvent le premier stade. Nous ne savons si la statistique de Kossel eut été grossie des cas de ce genre.

Quoi qu'il en soit, il apparaît évident qu'il serait de la plus haute importance de pouvoir déceler à ses débuts, pour l'enrayer plus sûrement dans sa marche, une affection capable d'amener par son évolution si souvent progressive, des désordres devant lesquels la thérapeutique est désarmée.

De quelles ressources dispose en effet le médecin, pour combattre efficacement les phénomènes de compression une fois apparus. Comment remédier à la dysphagie, au cornage, aux troubles de la circulation cave supérieure ? Et si enfin, le pneumogastrique et le récurrent viennent à se trouver intéressés, par quels moyens préserver le malade des accès de dysp-

née ou de spasme de la glotte qui le menacent ? Le médecin n'a plus à son service qu'une médication calmante, en dépit de laquelle le malade succombera soit lentement par asphyxie, soit brusquement par syncope, hémoptysie ou accès de suffocation.

Si le tableau que nous présentons est heureusement un mode de terminaison assez rare dans l'adénopathie, les dangers que le malade encourt, à une période où l'affection est encore silencieuse, ne sont pas moins redoutables. D'évolution lente par sa nature, quand elle est tuberculeuse, l'adénopathie peut devenir sous l'influence d'une infection surajoutée, un foyer de propagation ou de généralisation pour le bacille.

On sait quelle part considérable les glandes lymphatiques de l'enfant prennent à la défense de l'organisme dans les infections et notamment dans la tuberculose. Il se pourra donc, — et ceci n'infirme en rien la loi constante (1) d'après laquelle il n'y a pas d'adénopathie bronchique sans altération pulmonaire, primitive, si minime soit-elle — que les ganglions, alors même que la lésion originelle sera guérie, restent longtemps encore habités par les bacilles. Qu'une grippe, une rougeole, une coqueluche viennent alors réveiller la virulence de ces derniers et déterminer leur issue à la faveur de la périadénite ou de la sup-

(1) Loi de Parrot, confirmée par M. le professeur Hutinel.

puration, l'infection pourra gagner par contiguité le poumon, le péricarde, les plèvres ; elle pourra même se généraliser à la suite d'une altération veineuse qui lui ouvrira la voie sanguine, et se traduire par des phénomènes de méningite ou de granulie généralisée.

Historique

En 1875 dans un article de « La Lancette » reproduit en partie dans son Traité des Maladies de l'enfance 1888, Eustace Smith (1) a décrit en ces termes le signe qu'il a observé :

« Si on renverse la tête de l'enfant de sorte que sa figure soit presque horizontale et que ses yeux fixent le plafond on entend à l'aide du stethoscope placé sur la première pièce du sternum, un murmure veineux variant en intensité, selon le volume et la position des ganglions malades.

« Si on abaisse lentement le menton, le murmure devient beaucoup moins perceptible et cesse un peu avant que la tête atteigne sa position normale ». Un peu plus loin il ajoute : « Je crois que le murmure ainsi produit est le *signe le plus précoce* de l'hypertrophie des ganglions bronchiques, précédant la sub-

(1) Eustace Smith. — The Lancet II (août 1875). On the diagnosis of enlarged bronchials glands in children. — On the wasting diseases of infants and childreu, 1888 p. 319-321.

matité et se rencontrant longtemps avant les signes ordinaires de compression, desquels on fait ordinairement dépendre le diagnostic de la lésion. »

Si l'on parcourt dans les traités classiques français parus depuis cette époque, le chapitre concernant l'Adénopathie trachéo-bronchique, on ne trouve aucune mention du signe de Smith.

Les signes stéthoscopiques de compression veineuse y sont soigneusement décrits et différenciés des souffles cardiaques qu'ils peuvent simuler, mais ils ont un caractère bien différent du signe que nous étudions ; c'est leur permanence. Celle-ci résulte de l'adhérence des masses ganglionnaires aux parois veineuses, ou de la compression produite sur ces dernières par des ganglions volumineux.

Le signe de Smith, au contraire, signe provoqué, n'est que la production facultative, temporaire et à un degré plus ou moins accentué d'un phénomène de même ordre.

Il ne se montre qu'autant que le sujet est placé dans les conditions requises pour son apparition. De plus, contrairement aux signes précédents, il ne s'agit pas ici d'adhérences ; la mobilité ganglionnaire est une condition indispensable.

Quelques auteurs étrangers, comme Seitz, Seifert(1), ont consacré à ce signe une courte description

(1) Seifert. — Cité par Brudzinski.

mais ils passent sous silence le principal caractère que Smith lui a donné, à savoir : son apparition précoce.

D'autres, tout en le mentionnant, se sont mépris sur sa fréquence. C'est ainsi, d'après M. Brudzinski (1), que Dennig (2), le présente comme un signe rare et curieux observé deux fois par Smith. Si on consulte le mémoire original, on y voit au contraire, après quelques remarques sur la fréquence du signe, deux observations choisies parmi les plus typiques et que Dennig a considérées comme deux exceptions.

Faut-il admettre en présence de ces considérations, que ce symptôme a été complètement ignoré chez nous ? Une telle affirmation nous semblerait bien téméraire.

Peut-être sa recherche est-elle restée limitée à la pratique de quelques rares cliniciens, mais il était sûrement connu. M. le Professeur Hutinel avait eu de fréquentes occasions de l'observer, et M. Legendre (3) dans un article paru en 1895 sur l'adénopathie trachéo-bronchique, a rapporté la description très complète de Smith et attribué au signe un caractère de précocité.

(1) Brudzinski. — Contribution au diagnostic précoce de l'adénopathie bronchique Gazeta Lekarska (Varsovie), juin 1900.

(2) Dennig. — Ueber die Tuberculose im Kindesalter. Leipsig 1896.

(3) Legendre. — Revue d'obstétrique et de Pédiatrie (1895) VIII page 95.

Signalons enfin un article récent, dans lequel M. le Dr Brudzinski (1) (de Varsovie) s'est livré le premier à une étude spéciale du signe de Smith, et le premier s'est attaché à établir sa valeur. Nous aurons d'ailleurs de fréquentes occasions de le signaler au cours de cette étude.

Tandis que les auteurs classiques attachaient apparemment si peu d'importance au signe de Smith, à supposer qu'ils le connussent, la littérature médicale nous avait déjà initiés à l'existence de phénomènes de même ordre que ce signe, produits par le même mécanisme, recherchés par le même procédé. Il s'agit en effet, comme dans le signe de Smith, de l'apparition dans la poitrine, de bruits pathologiques, de souffles,provoqués par l'effet d'une variation d'attitude de la tête.

En 1873, deux ans avant la publication de Smith, Guéneau de Mussy (2), a rapporté un cas d'adénopathie bronchique dans lequel l'extension forcée de la tête déterminait l'apparition d'un souffle pulmonaire au niveau de la zone ganglionnaire postérieure ; ce souffle disparaissait dès que la tête reprenait sa position normale.

Nous trouvons des faits du même genre consi-

(1) Brudzinski. Loc. cit.

(2) Guéneau de Mussy. — Nouv. recherches s. l'ad. bronchique. Gaz, hebdomad. 1873, pages 342-346

gnés dans la thèse de Dufourg, (Bordeaux 1887) (1).

Dans ces observations, aussi bien que dans les nôtres, les différentes déterminations ainsi obtenues par une variation d'attitude, analogues par leurs caractères stéthoscopiques, par leur nature temporaire, par leur apparition provoquée, peuvent être considérées comme l'expression clinique d'un fait physiologique de même ordre : la mise en jeu de masses ganglionnaires en vue de faire naître artificiellement des bruits anormaux.

Cette expression est variée autant que peuvent l'être la localisation et les caractères des bruits anormaux ainsi perçus.

Tous les faits de ce genre pourraient être avantageusement réunis et présentés dans une même étude séméiologique, à laquelle le signe de Smith apporterait lui-même son tribut important.

Apparaîtrait-il vis-à-vis de ses congénères avec le caractère d'une valeur diagnostique particulière ? Notre étude n'a pas été assez étendue pour nous permettre d'établir cette valeur comparative. Elle s'est bornée à la recherche de l'apparition précoce du signe de Smith.

(1) Dufourg. — Adénopathie trachéo bronchique héredo-syphilitique. (Bordeaux 1887).

Considérations Anatomiques

Avant d'aborder l'étude clinique du signe de Smith, il nous parait indispensable dans le but de faciliter l'intelligence du sujet, de jeter un rapide coup d'œil sur l'anatomie de la région. de rappeler brièvement la disposition des ganglions qui l'occupent et leurs principaux rapports avec les organes voisins.

Au point de vue médical, nous devons considérer, à l'exemple de M. Marfan (1) deux régions dans le médiastin : une inférieure ou cardiaque, une supérieure ou sus-cardiaque habitée par de nombreux ganglions et siège des adénopathies et des tumeurs.

Cette région étendue du sternum au rachis se divise à son tour en deux plans : l'antérieur ou vasculaire renferme la veine cave et les veines brachio-céphaliques, l'aorte et les artères qui en émanent ; l'autre postérieur ou trachéo-œsophagien contient comme

(1) Marfan. — In Traité de médecine, Charcot-Bouchard ; Adenopathie trachéo-bronchique.

l'indique son nom la trachée, l'œsophage, les bronches, et les nerfs pneumogastriques et récurrents.

Cette région est limitée en haut par un plan passant par la première pièce du sternum, la première vertèbre dorsale et la première côte latéralement.

Un plan horizontal passant par le tronc des veines pulmonaires à leur embouchure dans l'oreillette gauche forme la limite inférieure.

Enfin sur les côtés, la limite est formée par la paroi interne des deux poumons.

Le plan vasculaire comprend successivement d'avant en arrière : L'aponévrose cervicale moyenne qui se dédouble pour fournir une gaîne au thymus chez l'enfant. Une couche de tissu cellulaire remplace chez l'adulte cette glande atrophiée. Derrière cet organe, sont situés la branche gauche de l'artère pulmonaire, l'aorte, la veine cave supérieure et le tronc veineux brachio-céphalique.

Le plan trachéo-œsophagien renferme la trachée, l'œsophage, le pneumogastrique et les ganglions lymphatiques du groupe prétrachéo-bronchique de Baréty (1).

Sous cette désignation Baréty comprend un groupe de ganglions occupant la partie antérieure de l'angle externe qui résulte de l'union de la trachée et des bronches.

(1) Baréty. — De l'adénopathie trachéo-bronchique en général, Paris 1874.

Ce groupe ganglionnaire existe des deux côtés, mais son hypertrophie et sa dégénérescence se rencontrent bien plus souvent à droite qu'à gauche. Il revêt ordinairement une forme ovalaire plus ou moins allongée à grosse extrémité inférieure.

A l'état normal les ganglions qui forment le groupe du côté droit sont avec ceux qui occupent la bifurcation de la trachée les plus volumineux de tout le médiastin.

Rapports du groupe ganglionnaire prétrachéo-bronchique droit: « Il se compose de 4 ou 5 ganglions, qui à l'état normal ont généralement le volume et la forme d'un gros pois ou d'un gros haricot. Le plus souvent lorsque leur altération n'est pas assez avancée pour empêcher de les distinguer, ils présentent la disposition suivante : deux d'entre eux sont situés à cheval sur l'origine de la bronche droite, l'un en avant l'autre en arrière, le troisième surmonte, un quatrième ganglion existe plus en dedans et un cinquième en arrière ; enfin d'autres ganglions surmontent le groupe, se continuant avec les ganglions trachéaux latéraux droits et avec d'autres qui débordent en avant entre l'angle de bifurcation de la veine cave supérieure, et qui font partie de la chaîne ganglionnaire mammaire interne à son point de terminaison supérieure.

« La loge qu'occupe cette masse ganglionnaire est

(1) Baréty. — Loc. cit.

fermée en avant par la veine cave supérieure et une portion de la crosse de l'aorte ; à droite par la face interne du lobe supérieur du poumon droit, à gauche par la face profonde de la crosse de l'aorte, le tronc brachio-céphalique artériel et la face antéro-externe de la trachée ; en bas par le bord supérieur de la branche droite de l'artère pulmonaire et la veine azygos, en arrière par la face antéro supérieure de la bronche droite à sa racine, la face antéro-externe de la trachée et le tronc du pneumo-gastrique droit ; en haut par le bord inférieur concave de l'artère sous-clavière et le nerf récurrent qui contourne le vaisseau à cet endroit, et plus profondément avec la chaîne ganglionnaire qui accompagne le récurrent droit. »

Le groupe ganglionnaire prétrachéo-bronchique gauche, qui présente moins d'intérêt pour nous, occupe sur le bord gauche de la trachée une situation symétrique par rapport au groupe précédent. En bas il répond au bord supérieur de la branche gauche de l'artère pulmonaire ; en bas et en dehors, il est en rapport avec cette même branche artérielle et les ganglions qui constituent la chaîne ganglionnaire sus-bronchique gauche. En haut, il se continue avec les ganglions trachéaux-latéraux qui suivent le trajet du récurrent dans sa portion initiale. En dedans et en arrière, il répond à l'origine de la bronche gauche, à la trachée et au bord gauche de l'œsophage.

L'exposé de ces rapports fournit assurément

l'explication des phénomènes de compression vasculaire décrits par les auteurs au cours de l'adénopathie, mais il nous permet aussi de soupçonner *à priori* qu'une attitude déterminée favorisant les points de contact entre les ganglions et les vaisseaux soit capable d'engendrer des bruits pathologiques.

Etude Clinique

I. **Conditions étiologiques**.— Ce n'est pas uniquement, comme nous le disions en commençant, dans les cas d'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse qu'on peut trouver le signe de Smith, mais encore dans toutes les adénopathies du médiastin, quelle que soit leur nature, *pourvu que les ganglions soient mobiles*. C'est là une condition indispensable sur laquelle Smith a beaucoup insisté. Lorsqu'ils sont devenus adhérents, le signe n'apparaît pas. Une observation de Smith avec autopsie en fait témoignage.

Sur 15 enfants convalescents de rougeole, M. Brudzinski (1) l'a rencontré 3 fois, et nous-même l'avons trouvé 10 fois sur 18 cas de coqueluche à toutes ses périodes.

Les observations de Jules Simon (2) témoignaient déjà dans le même sens : « Il n'existe pas de coqueluche sans adénopathie, et après la disparition de la coqueluche, l'emphysème pulmonaire, le catarrhe bronchique, se compliquent toujours d'adénopathie

(1) Brudzinski, loc. cit.
(2) Jules Simon, — Gaz. méd. de Paris, 1885.

plus ou moins intense. C'est ce que l'on appelait autrefois des coqueluches chroniques.

« La rougeole amène le même résultat non dans tous les cas, mais dans ceux où les voies respiratoires prennent une part sérieuse au diagnostic ».

Cependant, le signe de Smith étant un phénomène de compression veineuse, il est permis de supposer dès maintenant, qu'une lésion autre qu'un ganglion hypertrophié, mais remplissant les mêmes conditions physiologiques, puisse arriver au même résultat.

Lorsqu'elle est considérable, l'hypertrophie du thymus semble réaliser ces conditions ; il a été donné à M. le Professeur Hutinel d'observer un cas de ce genre, sur lequel nous aurons occasion de revenir au chapitre du diagnostic (1).

II. **Description du signe de Smith ; ses caractères.** — Après s'être assuré qu'il n'existe pas de bruit pathologique dans l'attitude normale, l'observateur mettant la tête en extension forcée, — de façon, suivant le conseil de Smith, que le plan du visage se rapproche de l'horizontale, — appliquera son oreille ou le stethoscope au niveau de la première pièce du sternum près de son *bord droit* de préférence. Si l'enfant est atteint d'adénopathie, et si l'expérience est positive, on per-

(1) Comm. orale.

cevra un *murmure veineux avec redoublement* d'intensité variable suivant les cas.

Le timbre et les caractères de ce bruit se rapprochent assez du « bruit de rouet » symptomatique de la chlorose ; il est comme ce dernier, continu avec renforcement, mais de timbre beaucoup plus doux. Il s'atténue à mesure que la tête reprend sa position normale et disparaît un peu avant qu'elle ait atteint ce but.

Dans la majorité des cas, ce signe est très net et très facile à percevoir. D'autres fois il est moins caractérisé et sa recherche demande un peu plus d'attention. Au cours des premiers examens, on a grande tendance à l'attribuer à la respiration ; c'est là une cause d'erreur grossière, mais dont il est bon d'être prévenu, d'autant plus qu'elle est favorisée par l'attitude imposée à l'enfant. Dans cette situation en effet, la trachée peut subir une diminution de calibre, du fait même de son allongement ou d'une compression surajoutée ; or, M. Grancher (1) nous a appris que ces conditions apportent une modification importante aux caractères normaux de la respiration. L'inspiration et surtout l'expiration sont allongées, l'entrée et la sortie de l'air se font en plusieurs temps ; il en résulte que les deux bruits tendent à se confondre en une sorte de murmure continu, en même temps que leur

(1) Grancher. — Revue mensuelle des Malad. de l'enfance, 1883.

fréquence devient moindre. Ces modifications du rythme respiratoire ont-elles même sur le rythme cardiaque une influence que Narey a relevée et précisée dans une formule de loi bien connue.

Il sera facile d'éviter la confusion en ordonnant à l'enfant de suspendre sa respiration, s'il est assez âgé et assez raisonnable pour qu'on puisse l'obtenir ; dans le cas contraire, avec un peu d'attention, on arrivera facilement à distinguer le bruit veineux dont le caractère est continu, du bruit respiratoire qui est périodique.

Pour des considérations de même nature que les précédentes, il sera très difficile de rechercher le signe de Smith chez les enfants ayant de la dyspnée ou des végétations adénoïdes.

Enfin M. Brudzinski (1) a signalé ce fait : il est des cas où le bruit n'apparaît pas d'emblée aussitôt que la tête occupe la position requise, mais ne devient perceptible qu'après quelques instants. Faut-il chercher à ce phénomène une interprétation de même ordre que celle donnée par MM. Gilbert et Garnier (2) à certains souffles de la chlorose ? Ces observateurs ont remarqué qu'il suffisait, pour rendre perceptibles certains souffles, de favoriser la distension veineuse, soit par la compression digitale, soit par la tension maxima des aponévroses du cou dont le rôle physiologique

(1) Brudzinski. — Loc. cit.
(2) Gilbert et Garnier. — Société de biologie, 1893.

est de maintenir la béance des veines. Se produit-il un phénomène analogue au niveau de la veine cave ou du tronc brachio-céphalique gauche ; la compression est-elle insuffisante au début pour traduire immédiatement ses effets, et se produit-il en amont du point comprimé une distension veineuse propice à l'apparition du souffle ? Nous n'avons pas qualité pour apprécier ce phénomène ; nous avons tenu à le signaler et à le rapprocher d'un autre fait intéressant.

III. **Dispositions anatomiques en faveur de l'apparition précoce du signe de Smith.** — C'est manifestement à sa localisation que le signe de Smith emprunterait le grand avantage de sa précocité.

C'est dans la partie de la zone ganglionnaire antérieure correspondant au groupe droit qu'il se produit. Celle-ci est, d'après ce que nous savons sur la marche habituelle des lésions dans l'adénopathie, le siège des premières atteintes de l'envahissement ganglionnaire. C'est chez elle encore, selon tous les observateurs, que même dans les cas d'adénopathie confirmée, les lésions demeurent prédominantes (1). — Son voisinage de la paroi thoracique, la rend plus accessible à l'exploration que la zône ganglionnaire postérieure. Cette dernière, située au niveau du hile est distante de la paroi thoracique et recouverte sur les côtés par

(1) Barety. — Loc. cit, p. 40.

les lobes pulmonaires qui atténuent sensiblement les bruits pathologiques dont elle peut être le siège.

Cette différence de conditions et de rapports anatomiques des deux groupements ganglionnaires établira une distinction dans les caractères des symptômes qui se rapportent à chacun d'eux.

Les lésions du groupe postérieur détermineront surtout, ainsi que l'expose M. Rendu (1) dans une étude sur les tumeurs du médiastin, des troubles fonctionnels bruyants, toux, cornage, accès de suffocations, signes plutôt tardifs.

Aux lésions toujours plus accusées du groupe antérieur correspondront nécessairement à une certaine période des troubles de compression veineuse. L'étude anatomique permet de le prévoir, l'observation le confirme. — Or, si dans ce dernier cas on considère à la fois, la facilité d'exploration de la région affectée, la prédominance des lésions qu'elle présente, la nature des troubles auxquels celles-ci aboutissent, paraîtra-t-il impossible, qu'un artifice d'exploration, consistant simplement à resserrer les rapports des organes entre eux, exagérant par suite dans la même proportion les effets des lésions, arrive à déterminer d'une façon temporaire, l'apparition de signes stéthoscopiques longtemps avant leur éclosion spontanée ?

(1) Rendu. — Archives générales de médecine, II, 1873.

IV. **Contrôle clinique**. — Mais ce n'est pas par des raisons d'ordre anatomique qu'on établit l'existence et la valeur d'un signe. L'épreuve clinique seule est capable de lui donner crédit.

Les cas que nous avons observés peuvent être répartis en trois séries.

Nous donnons quelques observations se rapportant à chacune d'elle.

Dans un premier groupe nous avons placé tous les cas où le diagnostic d'adénopathie semblait confirmé par l'ensemble des symptômes habituels. La présence du signe de Smith dans ces cas, autorisait à le considérer comme un signe d'adénopathie de même valeur que les autres, mais ne permettait pas encore de présumer de son importance en tant que symptôme précoce.

Dans une observation personnelle appartenant à ce groupe, nous avons trouvé le signe de Smith, accompagné seulement d'un autre symptôme auquel les auteurs accordent une grande confiance, à savoir l'engorgement des ganglions sus-claviculaires. Voici en effet l'appréciation de M. Marfan (1) : « On a remarqué, que lorsque les ganglions du médiastin sont malades, souvent les ganglions sus-claviculaires le sont aussi. Cette adénopathie sus-claviculaire, facile à constater a une grande importance pour le diagnostic. »

(1) Marfan. — Traité de médecine, Charcot-Bouchard.

Dans une seconde catégorie, le signe de Smith était le seul qui permit de soupçonner l'adénopathie, soupçon que les antécédents héréditaires ou personnels semblaient justifier.

Enfin, il faut réserver une place à part à deux observations dans lesquelles, on a pu grâce à ce signe assister à l'évolution des lésions ganglionnaires.

La première concerne un enfant soigné à son entrée à l'hôpital pour une néphrite aiguë ; le signe de Smith recherché dès ce moment était négatif. Quelques jours plus tard, l'enfant fait un érysipèle, suivi lui-même d'une pneumonie avec pleurésie secondaire. Au bout de plusieurs semaines le signe de Smith était constaté par M. Brudzinski et revêtait un caractère des plus nets.

Chez un autre enfant, ayant un sommet suspect de tuberculose, le signe de Smith d'abord peu accentué, était devenu très net à la suite d'une rougeole.

Mais avant d'émettre un avis sur la valeur du signe de Smith, il nous paraît utile d'écarter une objection. Peut-on le rencontrer chez des enfant sains ? Smith, le premier, dit ne l'avoir jamais rencontré. Sur les 70 enfants examinés par M. Brudzinski (1), la présence du signe de Smith fut relevée 28 fois. Or ces 28 cas se rapportaient tous à des enfants très suspects en raison de leurs antecédents pathologiques,

(1) Brudzinski, Loc. cit.

héréditaires ou personnels. Si le signe de Smith pouvait se rencontrer chez l'enfant sain, il semble que la proportion de ces cas positifs eût été plus grande. — Nous avons nous-même recherché le signe de Smith sur plusieurs enfants bien portants, et nous ne l'avons pas observé. Sa présence chez un enfant indemne d'adénopathie, n'infirmerait pas absolument sa valeur, puisque le signe de Smith, nous l'avons dit en commençant, est un phénomène de compression veineuse dont la cause habituelle, mais non exclusive, est l'adénopathie.

Le nombre des cas que nous avons observés, ne nous paraît pas encore suffisant pour nous permettre de fixer la valeur du signe de Smith avec l'autorité de la statistique.

Il nous apparaît bien nettement comme un signe d'adénopathie bronchique. En est-il le signe le plus précoce ? Maintes fois, nous l'avons vu, il se montrera accompagné de divers autres. C'est peut-être qu'alors l'examen aura été pratiqué trop tardivement. Toutefois, il nous semblerait téméraire d'affirmer que son existence est constante au début de l'adénopathie. — Dans nombre de cas aussi, il apparaîtra seul chez des sujets à antécédents suspects. C'est dans ces cas surtout qu'il devra fixer l'attention. *Sa seule présence* suffira à commander un ensemble de précautions prophylactiques en vue d'opposer une résistance active aux progrès redoutés de la maladie.

V. **Interprétation physiologique du signe de Smith.**— Voici l'explication même de Smith : « La tête étant ainsi renversée en arrière, l'extrémité inférieure de la trachée se trouve ramenée en avant, elle entraîne avec elle les glandes situées au niveau de sa bifurcation ; et la veine innominée, du fait de son trajet oblique derrière la première pièce du sternum, se trouve comprimée entre les ganglions hypertrophiés et l'os (1) ».

Il intéresse notre sujet de rapporter ici une observation de Guéneau de Mussy (2) à laquelle nous avons déjà fait allusion en traitant l'Historique. Il est question d'un cas d'adénopathie dans lequel l'auteur a remarqué l'influence favorable de l'extension forcée de la tête sur l'apparition de bruits pathologiques, dont il cherche à expliquer la cause et le mécanisme.

Il s'agissait d'une femme atteinte de laryngite syphilitique. L'auscultation révélait dans la fosse sus-épineuse droite un souffle expiratoire très fort, ayant son maximum dans le voisinage du rachis. A gauche on le retrouvait mais affaibli « et comme un retentissement de celui qu'on entendait à droite » ; derrière la partie droite du sternum on trouvait une respiration soufflante.

L'examen laryngoscopique pratiqué par Krisha-

(1) E. Smith. The Lancet, II, août 1875.
(2) Gueneau de Mussy. Gaz. hebdomad, 1873, 332 et 346.

ber, révéla une hypertrophie notable des cordes ventriculaires et une muqueuse trachéale très rouge et végétante.

Guéneau de Mussy de concert avec Cazalis porta le diagnostic d'adénopathie bronchique et ces observateurs imputèrent à cette complication le souffle observé au sommet droit.

Comme les lésions étaient de nature syphilitique, la femme fut soumise au traitement mixte.

Quinze jours après, pratiquant un nouvel examen, Guéneau de Mussy observa les caractères de mobilité suivants : « Je pensai que le souffle avait disparu avec la plupart des symptômes observés à l'entrée de la malade, mais quel ne fut pas mon étonnement de le constater quelques semaines plus tard ; et pendant mon examen il disparut de nouveau. En réfléchissant sur la durée de ce phénomène, je trouvai que je pouvais faire cesser le souffle à volonté en faisant fléchir le cou de la malade, tandis que quand elle relevait la tête en arrière il reparaissait aussitôt.

« Dans la première position, le rachis s'incurve en avant, augmente l'espace destiné à la trachée ; celle-ci se raccourcit, devient mobile et tend à se rapprocher du sternum. Dans la seconde, les vertèbres cervicales forment un arc à convexité antérieure sur lequel la trachée appliquée et tendue devient presque immobile. Aussi les rapports de la trachée avec le corps des vertèbres et avec les ganglions bronchiques, la ten-

sion, la mobilité et la longueur du tuyau trachéal peuvent changer avec les positions du cou ; il n'est donc pas étonnant que la compression des tubes aérifères et la conduction des bruits qui s'y produisent puissent varier avec ces positions. »

Voici un autre exemple : Chez un malade dont les régions sus-épineuse et scapulo-rachidienne sont le siège « d'une sorte de bruit de frottement constitué par de gros craquements secs qui accompagnent l'inspiration du poumon gauche ; au niveau de ce lobe, le murmure vésiculaire est faible, aigü, suivi d'expiration. Cette faiblesse et cette acuité augmentent, et surtout les craquements deviennent beaucoup plus forts, quand le malade renverse la tête en arrière ; quand elle est infléchie en avant, les phénomènes diminuent notablement. »

L'auteur termine en disant qu'il a également observé des modifications du bruit respiratoire chez des sujets dont la poitrine était saine, « le bruit respiratoire auscultè dans la région scapulo-rachidienne était plus aigü dans l'extension que dans la flexion de la tête. »

Dans la thèse de Dufourg (Bordeaux, 1887), on retrouve signalée, avec observations à l'appui, l'influence favorable de l'extension forcée de la tête sur l'apparition de symptômes fonctionnels ou physiques au cours de l'adénopathie.

L'auteur attribue un rôle assez important aux

aponévroses, qui du fait de leur tension, suppriment la mobilité des ganglions et facilitent leur contact avec les organes voisins. De plus, suivant le même auteur, la colonne vertébrale exagérant sa convexité « refoulerait les ganglions dans le détroit inextensible compris entre la paroi thoracique antérieure et les gouttières vertébrales. »

Dans une autopsie d'enfant atteint d'adénopathie, et chez lequel malheureusement il ne nous a pas été permis de rechercher la présence du signe de Smith, mais que nous avons mise à profit pour concevoir l'interprétation physiologique de ce signe, voici ce que nous avons constaté : Présence d'un ganglion du volume d'une grosse amande à l'angle externe formé par l'union de la trachée et de la bronche droite.

La tête occupant sa position normale, ce ganglion et les organes qui l'avoisinaient jouissaient d'une certaine mobilité. Si on plaçait la tête en extension forcée, on constatait, mais à un faible degré, une tension de la gaîne vasculaire, dépendance de l'aponévrose moyenne, ce qui concorde d'ailleurs avec les données anatomiques qui nous apprennent que cette gaîne est très mobile sur les organes qu'elle renferme. Au contraire, la trachée et surtout la veine cave supérieure se tendaient notablement. Autant, avant l'expérience il était facile d'écarter du ganglion le tronc de la veine cave, autant dans la nouvelle position cet écart était limité. Il en résultait pour le gan-

glion déjà fixé par l'extension de la trachée qui se rapproche elle-même du sternum, des rapports étroits avec la veine cave. Ce fait semble d'ailleurs bien concorder avec les assertions de Rilliet et Barthez (1) : « La compression, disent ces auteurs à leur chapitre sur l'adénopathie, se révèle plutôt par des effets physiologiques que par des lésions anatomiques graves. Quelques-uns de ces organes sont mous et fuient devant la compression, d'autres sont résistants, mais leur élasticité fait qu'ils échappent assez souvent à cette influence ».

Il est donc permis de supposer que par suite d'une attitude déterminée limitant la mobilité des organes, la veine cave au lieu de « fuir la compression » vienne au contraire d'elle même s'étrangler sur le ganglion.

Smith attribue, théoriquement du reste, le phénomène qu'il a observé à la compression de la veine innominée sur le sternum; dans le cas que nous avons observé la disposition des ganglions ne permettait pas de concevoir pareil mécanisme.

(1) Rilliet et Barthez. Maladies des enfants, tome III, Tub. des g. bronchiques, page 1065, 3e édition.

Diagnostic

Comme nous l'avons fait observer plus haut, le signe de Smith, étant un phenomène de compression veineuse n'aura pas nécessairement pour facteur unique un ganglion hypertrophié. On conçoit qu'une tumeur puisse donner le même résultat, si par sa situation et son volume elle réalise les conditions favorables.

C'est ainsi que *l'hypertrophie du thymus* pourra dans certains cas donner naissance au signe de Smith. M. le professeur Hutinel nous a dit l'avoir observé chez un enfant qui présentait en plus des accès de suffocation et de la dyspnée, des symptômes imputables selon toute vraisemblance à l'hypertrophie du thymus.

A part ces cas où la glande par son volume joue un rôle pathologique, nous croyons que le développement physiologique de l'organe ne suffit pas à déterminer l'apparition du signe de Smith.

Sur plusieurs nouveaux-nés approchant de leur

deuxième année, et dont la santé nous paraissait satisfaisante, nous ne l'avons pas rencontré. On pourrait penser qu'en raison de sa consistance molle, et à moins qu'il n'ait atteint un volume considérable, le thymus chez le nouveau-né, se laisse facilement déprimer par les vaisseaux. L'âge de l'enfant, dans certains cas permettra d'éviter l'erreur. On se rappellera que le thymus subit un accroissement progressif jusqu'à la deuxième année et que passé cet âge, sa période atrophique commence.

Le *souffle de la chlorose* que le signe de Smith rappelle par son timbre est d'une intensité bien plus grande. Le diagnostic différentiel de ces deux bruits est très simple. Le « bruit de rouet » occupe habituellement les veines jugulaires, mais il n'est pas exceptionnel de le rencontrer sous la clavicule un peu en dehors du sternum. On le reconnaîtra aisément à son double siège — le souffle de Smith n'intéressant pas les vaisseaux du cou — et à sa perception dans l'attitude normale de la tête.

Une observation de M. Brudzinski (1) apporte un témoignage à ces assertions.

Un enfant atteint de maladie de Werlhof avec anémie très prononcée, — confirmée par l'examen du sang — présentait à l'auscultation un « bruit de diable » sous-claviculaire des plus nets, mais la pré-

(1) Brudzinski, loc. cit.

sence du même bruit également constatée dans les vaisseaux du cou permettait de l'attribuer à la chlorose.

Les souffles extra-cardiaques présentent des caractères particuliers qui permettront de les distinguer.

Exceptionnels chez les enfants avant trois ans et demi, ils siègent en général au voisinage de la pointe, dans les régions dites parapexiennes et endapexiennes. Il est très rare de les observer à la base du cœur.

Ils ne possèdent pas le caractère de continuité du signe observé par Smith ; ils sont extrêmement variables, quant à leur timbre, à leur rythme et à leur siege.

Leur mobilité dépend de deux conditions principales : les mouvements respiratoires et les changements d'attitude ; or l'arrêt de la respiration empêche l'apparition du souffle extra-cardiaque, tandis qu'il favorise la perception du signe de Smith. Même remarque au sujet de l'attitude:la situation qui convient à la recherche du signe de Smith est essentiellement défavorable au souffle extra-cardiaque qu'elle fait disparaitre.

De plus, d'après la statistique de Delabost (1) (Revue des maladies de l'enfance, nov. 1895) les souffles extra-cardiaques sont une rareté dans les affec-

(1) Delabost. — Revue des maladies de l'enfance 1895.

tions qui sont le point de départ habituel de l'adénopathie. Voici cette statistique :

Sur 39 cas de tuberculose pulmonaire l'auteur a trouvé 5 fois des souffles extra-cardiaques. Sur 10 cas de rougeole 1 fois. Onze cas de coqueluche et 8 de bronchite sont demeurés absolument négatifs.

L'anévrysme de l'aorte est si rare dans l'enfance, qu'il nous paraît inutile de le signaler.

Enfin nous ne citerons que pour mémoire un signe décrit par les auteurs anglais à la période initiale de la tuberculose. L'auscultation permettrait de constater un *souffle vasculaire* à la partie supérieure du thorax à gauche et à droite *sous les clavicules*, plus souvent à gauche qu'à droite. Il aurait pour siège l'artère sous-clavière, le tronc innomimé et principalement l'artère pulmonaire.

« Il serait systolique, variable en intensité, quelquefois doux, à peine sensible ; d'autres fois son timbre serait éclatant, rapeux, si prononcé même qu'il aurait, dit-on, simulé un anévrysme (1) » : Symptôme rarement observé et qui fut l'objet de nombreuses contestations (2).

(1) Hérard et Cornil. — De la phtisie pulmonaire 1867.
Mouktar. — Diagnostic de l'adénopathie et de la Tub. au début, Paris 1886.

(2) Palmer. — The Lancet 1864.

Observations

OBSERVATION I

(Smith. The Lancet, août 1875)

Arthur P..., âgé de huit ans, était atteint depuis deux ans d'une affection tuberculeuse du genou. Les ganglions cervicaux étaient augmentés de volume, la peau était dure, bosselée. Depuis deux mois, grosse toux sèche. Il y avait un peu de submatité au niveau de la fosse sus-épineuse droite et des ronchus crépitants qu'on entendait à la fin de la respiration. Il n'y avait pas de submatité à la partie supérieure du sternum, mais lorsque l'enfant penchait sa tête en arrière, on entendait une sorte de murmure continu près du bord gauche du sternum, qui disparaissait lorsque la tête reprenait sa situation normale.

Cet enfant n'avait aucune distension des veines du cou, ni toux spasmodique, ni aucun autre signe d'hypertrophie ganglionnaire sauf la respiration soufflante que l'on remarque souvent dans ces cas lorsque la bouche est ouverte.

OBSERVATION II

(Smith. The Lancet, août 1875)

Alice P..., enfant de 6 ans, pâle et frêle, s'était beaucoup affaiblie depuis plusieurs mois et était devenue très maigre. Elle n'avait à proprement parler aucune toux. En déshabillant l'enfant pour lui examiner la poitrine, on remarque que les veines superficielles de la partie supérieure du sternum et de chaque côté étaient plus apparentes que de coutume. Les veines du cou n'étaient pas distendues, et il n'y avait aucune hypertrophie des ganglions cervicaux. La submatité au niveau de la première pièce du sternum était peut-être plus haut située que de coutume, et lorsque l'enfant renversait la tête en arrière on entendait un fort murmure veineux continu sur les deux premiers os du sternum et il s'étendait jusqu'au niveau du 2e cartilage costal droit. Le bruit cessait lorsque le menton était abaissé. On n'a observé aucune submatité de la région inter-scapulaire.

OBSERVATION III (Brudzinski)

(Gazeta Lekarska. — Varsovie, juin 1900)

Enfant de 4 ans 1/2. Hérédité tuberculeuse. Coque-

luche il y a 6 mois. Actuellement bronchite diffuse. Submatité au sommet gauche en arrière, respiration faible à la base gauche en arrière. Submatité sous la clavicule en avant. Toux coqueluchoïde sans expectoration.

OBSERVATION IV (Brudzinski)

Depuis plusieurs mois, diarrhée et toux. État général s'améliore puis s'aggrave de nouveau. Depuis deux mois le ventre a augmenté de volume. La toux et la diarrhée continuent. L'enfant est amaigri, passif. Les cils longs et noirs. Le ventre gros, dur; ascite, liquide peu mobile, pas d'adhérences. Submatité en avant sous la clavicule droite. Matité à l'espace interscapulaire surtout à gauche; à l'auscultation, inspiration rude et expiration prolongée.

OBSERVATION V (Brudzinski)

Garçon de dix ans. Père mort de tuberculose. L'enfant habitait la même chambre que son père dans les derniers temps de sa maladie. Tousse, expectore; submatité dans la région sous-claviculaire interne près de l'articulation sterno-claviculaire à droite; en arrière matité au sommet gauche, respiration soufflante ; en avant submatité à gauche sous la clavicule.

OBSERVATION VI (Brudzinski)

Garçon de 5 ans 1/2. Mère morte de tuberculose. Amaigrissement considérable depuis quelque temps, habitus bacillaire. Cils longs et noirs, rien dans le poumon. Le signe de Smith très prononcé.

OBSERVATION VII (Brudzinski)

Enfant atteint de néphrite aiguë. Contracte quelques jours après son entrée à l'hôpital un érysipèle, il fait après une pneumonie avec pleurésie consécutive. Le signe de Smith qui n'existait pas au début se produisait quelques semaines plus tard avec une netteté absolue.

OBSERVATION VIII (Personnelle)

S... Paul, âgé de 8 ans. Entre le 7 mai 1900. Symptômes d'infection intestinale faisant penser à dothiénentérie au début. Un peu de sensibilité dans la fosse iliaque, diarrhée jaune, pas de diazo réaction.

Respiration rude au sommet droit sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse du même côté. Submatité.

Rien au cœur. Rate à peine grosse. Ganglions cervicaux, inguinaux et axillaires.

Signe de Smith à droite, de faible intensité. Au bout d'une huitaine de jours les symptômes intestinaux s'atténuent et disparaissent.

Le 17 mai. — Eruption de rougeole normale. Défervescence irrégulière entrecoupée de poussées fébriles à 39°.

A l'auscultation, gros râles de bronchite dans la poitrine. Submatité et respiration rude presque soufflante au sommet droit.

Le signe de Smith est devenu très net.

OBSERVATION X (Personnelle)

H... Marie, 7 ans.

29 avril. — Tuberculose en foyer au pied et au coude. Tuberculide cutanée sur la cuisse. Ganglions cervicaux et axillaires. Rien au poumon.

Vomissements. Céphalalgie. La station assise est très pénible. Il semble que dans cette position la malade ne puisse soutenir sa tête.

Les symptômes précédents s'accentuent les jours suivants, s'accompagnent de raideur des membres et de la nuque, d'inégalité pupillaire, strabisme ; et le diagnostic de tumeur cérébrale apparaît probable. Il est confirmé le

6 mai par l'examen ophtalmoscopique qui révèle une double stase papillaire très nette. Signe de Smith très net à droite.

OBSERVATION XI (Personnelle)

V. Juliette, 6 ans et demi. — Abandon.

Aucun renseignement sur les antécédents héréditaires ou personnels.

Entre pour troubles digestifs, pas d'appétit, sympt. de dyspepsie, langue un peu saburrale.

Aspect extérieur satisfaisant. Cils longs et soyeux.

Fémur et tibia légèrement incurvés.

Ganglions durs au cou, et aux aines, caséeux dans les aisselles principalement à gauche. Rate normale. Ne tousse pas.

Respiration prolongée au sommet droit en avant.

Pas de submatité dans les zônes ganglionnaires.

Signe de Smith très net à droite et à gauche du sternum, beaucoup plus intense du côté droit.

OBSERVATION XII

(Communiquée par le Dr Bourgeois de Sèvres)

Enfant L... Albert, âgé de 7 ans.

Présenté à la consultation parce qu'il n'a pas d'appétit et qu'à la suite des repas, le matin surtout, il est pris d'une toux quinteuse amenant le vomissement. Aspect extérieur, rien de particulier. Sueurs abondantes apparaissent à la suite de la marche ou de jeux un peu bruyants. Ne ronfle pas la nuit. Sommeil tranquille. Elevé au sein.

Antécédents héréditaires. — Père mort de phtisie à 45 ans (a été malade un an). Mère bien portante. Un autre enfant (garçon) de 18 mois paraît bien portant.

Antécédents personnels. — A 5 ans, rougeole traitée aux Enfants Malades. A la suite de cette rougeole l'enfant a présenté une laryngite le rendant aphone pendant deux mois après sa sortie. Depuis la voix est voilée de temps en temps surtout après la toux. Otorrhée passagère 8 jours après la rougeole.

L'année dernière l'enfant fait une scarlatine et est traité pendant 40 jours à l'hôpital d'Aubervilliers. C'est depuis deux mois que l'enfant tousse et n'a pas d'appétit.

L'examen ne révèle rien autre chose que la présence de petits chapelets ganglionnaires cervicaux derrière le sterno-mastoïdien.

Pas de submatité appréciable dans la zône ganglionnaire antérieure. A l'auscultation le signe de Smith est perçu de la façon la plus nette.

OBSERVATION XIII (Personnelle)

Fillette G..., âgée de six ans.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants. Pas de tuberculeux dans la famille.

Antécédents personnels. — A été nourrie au sein de la mère jusqu'à six mois : a commencé à prendre quelques soupes dès le sixième mois. A marché à 11 mois. N'a jamais été malade jusqu'au mois de Février dernier.

Au mois de février 1900, fièvre typhoïde légère avec rechute, durée deux mois. Convalescence traînante, s'est mise à tousser le matin et à perdre l'appétit.

Aspect extérieur. — Visage pâle, les pommettes seules un peu colorées, cils longs et fins. Ganglions en chapelet au cou, gros ganglions sus-claviculaires à droite.

Poumon. — Respiration un peu rude au sommet gauche en avant et en arrière.

Submatité très nette en avant dans la zône ganglionaire antérieure. Signe de Smith très accentué.

Conclusions

Le signe de Smith, signe de compression veineuse, est confirmé par l'observation. — *Sa présence même isolée* sera une forte présomption en faveur de l'adénopathie. — Sa recherche ne devra jamais être négligée chez un enfant suspect. — D'une façon générale les indications thérapeutiques et hygiéniques relevant de son existence seront celles de l'adénopathie.

Vu : Le Président de la Thèse,
HUTINEL.

Vu Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Bibliographie

Barély. — De l'adénopathie trachéo-bronchique en général. Paris, 1874.

Brudzinski. — Contribution au diagnostic précoce de l'adénopathie bronchique. — Gazeta Lekarska. Juin 1900.

Delabost. — Revue des maladies de l'enfance, 1895.

Dennig. — Ueber die Tuberculose un Kindesalter (Leipsig 1896).

Dieulafoy. — Manuel. Tome I.

Infourg. — Adénopathie trachéo-bronchique syphilitique. Bordeaux, 1887.

D'Espine et Picot.— Traité des maladies de l'enfance. VI[e] édition.

Guéneau de Mussy. — Etudes cliniques snr l'adénopathie bronchique. Gaz des Hôpitaux. Paris, XLI, 1868.

— Nouvelles recherches sur l'adenopathie bronchique. Gaz. hebd. de Médecine. Paris, 1867.

Herard et Cornil. — De la phtisie pulmonaire. 1867.

Legendre.— Revue pratique d'obstétrique et de pediatrie, 1895.

Marfan. — In traité de médecide Charcot-Bouchard.

Mouktar. — Du diagn. différentiel de l'adénopathie bronchique avec la tuberculose au début. Paris, 1886.

Rendu. — Arch. gen. de méd. II, 1875.

Rilliet et Barthez.—Traité des maladies de l'enfance, tome III.

Smith Eustace. — The Lancet. II, 1875.

— Disease of the children, 1888.

Simon Jules. — Gaz. méd. de Paris, 1885.

— Gaz. des Hôpitaux, 1886.

Tillaux. — Anat. topographique.

Zuber.—In Traité des maladies de l'enfance. Grancher, Marfan, Comby.

Paris, — JOUVE et BOYER, imprimeurs, 15, rue Racine.